Über Leberabscess.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 6. MÄRZ 1894

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Anton Hengesbach

aus Bremke.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Dieckhöfer.
„ cand. med. Hagemeyer.
„ cand. med. Woda.

BERLIN

C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Meinem Vater

und dem Andenken

meiner verstorbenen Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0022

Fälle von Hepatitis suppurativa und Leberabscess finden wir schon bei den alten griechischen Aerzten erzählt. Hippokrates erwähnt bereits die Eröffnung von Leberabscessen mittels des Kauters und bei Celsus lesen wir, dass sie öfters mit dem Messer eröffnet wurden.

Bonet und Morgagni berichten Beispiele für all die verschiedenen Richtungen, in welchen die Leberabscesse aufbrechen können. Am meisten ist die Erkrankung in heissen Gegenden, wo dieselbe bei weitem am häufigsten vorkommt, studiert. Den Aerzten, die dort ihren Wirkungskreis hatten, verdanken wir daher die meisten Beobachtungen über die suppurative Hepatitis. In den gemässigten Zonen gehört dieselbe zu den seltenen Krankheiten. Nach Bückling wurden im Berliner pathologischen Institut innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren bei 36 von 2463 Sektionen, d. i. bei 1,5 pCt. Leberabscesse gefunden.

Was die Ursache der Krankheit anlangt, so dürfte dieselbe nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in letzter Linie unstreitig in der Ansiedlung von Eitererregern in der Leber zu suchen sein. In der vorantiseptischen Zeit schuldigte man vielfach mechanische Verletzungen als Ursache der Krankheit an, sei es, dass es sich um penetrierende Wunden der Leber oder um Rupturen oder Kontusionen durch Schlag, Stoss oder Fall auf die Lebergegend oder starke Erschütterung durch Sturz aus grosser Höhe handelte. Borius sah einen Leberabscess bei einer 38jährigen

bis dahin völlig gesunden Frau sich entwickeln, unmittelbar nachdem dieselbe bei kaltem Regenwetter mit einem 3jährigen Kind auf der linken Hüfte und in der rechten Hand den aufgespannten Regenschirm einen Weg von einer Meile zurückgelegt hatte.

Diesem gegenüber berichtet Frerichs von einem Eisenbahnbeamten, dessen rechtes Hypochondrium zwischen den Puffern von Eisenbahnwagen gequetscht war, und welcher infolge dessen ikterisch wurde, ohne dass sich eine Hepatitis entwickelte.

Ausser Borius führen jedoch noch eine Reihe von Autoren die Entstehung von Leberabscessen auf traumatischen Ursprung zurück. Hiernach ist der kausale Konnex zwischen einem die Lebergegend treffenden Trauma und der Bildung eines Leberabscesses wohl ausser Zweifel gesetzt. Jedoch dürfte das Trauma nur als ein die Infektion begünstigendes Moment anzusehen sein.

Weiterhin spielen in der Aetiologie der Leberabscesse entzündliche und ulcerative Vorgänge in der Nachbarschaft der Leber eine grosse Rolle. Dahin gehören zunächst die Gallengänge und das Duodenum. Broussais stellte den Satz auf: L'hépatite est consécutive à la gastroentérite, quand elle ne dépend pas d'une violence extérieure. Diese Ansicht ist jetzt allgemein verlassen. Doch hat man einige Male nach Typhus abdominalis Leberabscesse im Anschluss an ulceröse Processe im Duct. hepaticus beobachtet.

Etwas häufiger kommt es vor, dass die durch Gallensteine oder eingewanderte Spulwürmer hervorgerufene Ulceration intrahepatischer Gallengänge auf das benachbarte Drüsengewebe übergreift. So beschreibt Davaine 6 Fälle, wo die Anwesenheit von Spulwürmern zur Abscessbildung geführt hatte; in einem der Fälle entleerte der aufgebrochene Abscess neben vielem Eiter einen Spulwurm.

In einem nachher näher zu beschreibenden Falle von Sonnenburg fand sich innerhalb des Leber-

parenchyms ein morscher ungefähr walnussgrosser Gallenstein.

Wie ein zweiter Fall desselben Autors, über welchen auch näher berichtet werden soll, beweist, kann ein Leberabscess auch infolge von Durchbruch eines Gallenblasenempyems in die Drüse zustande kommen.

Endlich kann durch das Eindringen eines perforierenden Magengeschwürs in die Leber dort ein Abscess entstehen. So berichtet Weiss einen Fall, in welchem das Magengeschwür später vernarbte, in der Leber sich aber ein geschlossener selbständig weiterwachsender Abscess bildete.

Eine weitere Entstehungsweise ist die auf dem Wege der Blutbahn. Hier steht die Pfortader obenan. Seitdem Cruveilhier durch Einspritzung infektiösen Materials in die Vena portae Abscedierungen in der Leber hervorgerufen hat, war es klar, dass auch Eiterungen im Bereich der Pfortaderwurzeln Veranlassung zu jenem Vorgang in der Leber sein können.

Jedes der Organe, welches Blut zur Pfortader liefert, kann der Ausgangspunkt für embolische Leberabscesse werden. Mildner und Meckel erwähnen Fälle, wo sich Leberabscesse infolge von Nabelvenenentzündung fanden. Ulcerationen im Digestionsapparat ziehen verhältnismässig selten embolische Leberabscesse nach sich. Viele Fälle von Leberabscessen sind in der Litteratur beschrieben, wo ulceröse Affektionen des Tractus intestinalis bestanden, gleichzeitig aber auch Eiter- und Jaucheherde in andern in den Bereich der Pfortaderwurzeln fallenden Organen vorhanden waren. Hier ist es also zweifelhaft, von welcher Stelle der infektiöse Embolus stammt. Dagegen scheint in 2 Fällen, welche Bückling beobachtete, der Process von den typhösen Darmgeschwüren selbst ausgegangen zu sein.

Verhältnismässig am häufigsten bilden Ulcerationen am Coecum und Processus vermiformis den Ausgangspunkt für die embolischen Leberabscesse.

Auf Verletzungen des Mastdarms folgt bisweilen sehr rasch eine metastatische Hepatitis, wie Dance und Cruveilhier u. a. beobachtet haben.

Seltener ist die Embolie durch die Art. hepatica. Die Möglichkeit, dass auf diese Weise Leberabscesse entstehen, ist auch durch Cohn experimentell nachgewiesen worden; er spritzte Eiter in die Aorta descendens. Unzweifelhaft erfolgt auf diesem Wege die Abscessbildung, welche im Gefolge von Endocarditis und gangränösen Processen in den Lungen vorkommen. Virchow teilt einen Fall mit, wo sich bei brandigen Infarkten der Lunge jauchige Gerinnsel in den Lungenvenen gebildet hatten, von welch letzteren dann fortgeschwemmte Stücke die Art. mesenterica super. obturierten und in Herz, Gehirn, Leber, Milz, Nieren und Haut metastatische Herde erzeugten. R. Meyer hat einen Fall veröffentlicht, wo sich bei Bronchitis putrida im linken Vorderlappen des Grosshirns und im rechten Leberlappen je 3 Abscesse fanden.

Bückling sah bei einem Fall von Endocarditis unter anderem auch in der Leber einen metastatischen Eiterherd.

Eine Embolie durch die Art. hepatica muss man auch in den Fällen annehmen, in welchen sich zu Eiterungen und Jauchungen irgend einer anderen Körpergegend, deren Venen mit der Pfortader nicht in Zusammenhang stehen, Leberabscesse gesellen. Freilich stehen der Annahme Schwierigkeiten im Wege, da die Emboli, um aus der Vena cava in die Leberarterien zu gelangen, erst den Lungenkreislauf passieren müssen. In einigen Fällen finden sich ausser den Leberabscessen auch solche in den Lungen. Hier liesse sich denken, dass die Emboli in der Leber von den Lungenabscessen ausgingen. Schwieriger gestaltet sich die Frage dann, wenn die Lunge intakt bleibt und sich bloss in der Leber metastatische Abscesse bilden. Hier muss man annehmen, dass das gesunde Gewebe der Lunge den Infektionserregern genügenden Widerstand entgegensetzt. Das Gewebe der Leber aber aus irgend

welchen Ursachen nicht. Dass die pathogenen Mikroorganismen durch die Lungenkapillaren fortgeschwemmt werden können, ist sehr wohl denkbar.

Die Leberabscesse, welche man in der eben besprochenen Weise von Eiterungen in der Peripherie des Hohlvenensystems abzuleiten pflegte, welche also eine Teilerscheinung der Pyämie bilden, sind übrigens nicht immer als von dem ursprünglichen Eiterungsherde ausgegangene Metastasen aufzufassen. Virchow hat an einigen sehr lehrreichen Beispielen nachgewiesen, dass sie mitunter durch Pfortaderembolie entstehen, deren Quelle in Thromben zu suchen ist, welche sich unabhängig von der zur Pyämie führenden Affektion in dilatierten Venen des Beckens oder Mesenteriums gebildet, aber erst unter dem Einfluss der pyämischen Blutbeschaffenheit eine puriforme Schmelzung erfahren haben.

Die pyämischen Leberabscesse finden sich vorwiegend im Anschluss an Knocheneiterungen.

Stromeyer und Cruveilhier erklären dies aus dem Umstande, dass die Venen der Knochen, indem sie wegen ihrer festen Anheftung an das starre Gewebe nicht kollabieren, mehr als die Venen der Weichteile die Bildung von Thromben und dadurch die Entstehung von Metastasen begünstigen. Besonders gefürchtet waren in der vorantiseptischen Zeit Schädelverletzungen, bei denen man die embolischen Abscesse der Leber ganz ausnehmend häufig beobachtete. Die Beobachtung, dass sich nach Kopfverletzungen bisweilen Abscesse in der Leber finden, wurde zuerst von Valsalva gemacht. Diese Thatsache wurde später verallgemeinert. So schreibt Bianchi: „Notabilis est abscessus frequentia in hepate post vulnus capitis cum effusione sub cranio.“

Diese Behauptung hat lange Zeit Anerkennung gefunden, bis Morgagni ihr entgegentrat. Dieser sagt in seinem Werke: „De sedibus et causis morborum“ sehr treffend: „Molinellius vidit interdum pus in alias quidem partes, sed non in iecur, in non paucis autem neque in hoc neque in illas translatum; in aliis vero

in iecur utique, sed non secus a vulneratis aut exulceratis aliis partibus quam a capite."

In vielen Fällen von Schädelverletzungen, welche mit Leberabscess kompliciert wurden, haben die Patienten auch eine Kontusion der Lebergegend erlitten. Dies kommt sogar häufiger vor, als es die Anamnese ergiebt, da gerade bei Kopfverletzungen die Angaben der Patienten oft sehr unvollständig und wenig zuverlässig sind. Einen interessanten Fall dieser Art berichtet Curschmann. Es handelt sich um eine Kopfverletzung, welche Patient angetrunken in einer Schlägerei erhalten hatte. 13 Tage später traten alle Erscheinungen einer Lebererkrankung ein. Patient stellte jedoch jede Kontusion des Bauches in Abrede. Erst die citierten Zeugen jener Schlägerei besannen sich auf wiederholtes Fragen, dass Pat. von seinem Gegner niedergeworfen sei und mehrere Fusstritte „auf den Magen" erhalten habe. Der Tod trat 4 Wochen nach der Verletzung ein. Die Kopfwunde war vollkommen geheilt, doch fand sich im linken Leberlappen ein kindskopfgrosser Abscess.

Seit Einführung der antiseptischen Wundbehandlung haben die Kopf- und Knochenverletzungen, sowie auch die Weichteilverletzungen, wie überhaupt, so auch im Hinblick auf die Bildung metastatischer Abscesse zum grossen Teile ihre Schrecken verloren.

Endlich kann eine Embolie durch die Lebervenen eine Abscedierung in dem Organ hervorrufen. H. Meckel bezeichnet die Entstehung von Metastasen auf diesem Wege als nicht sehr selten.

Den Beweis für die Existenz einer „rückläufigen Embolie" hat Heller zuerst erbracht. Vorher hatten Magendie, Gaspard, Cohn und Frerichs Versuche in dieser Richtung gemacht. Allein ihre Experimente mit Quecksilber waren nicht einwandsfrei.

Ein weiteres Argument für die Möglichkeit dieser Embolie hat noch L. Diemer beigebracht. Dieser Autor hat sich bei lebenden Kaninchen überzeugt, dass bei der Systole des rechten Atriums regelmässig

ein minimaler Teil seines Inhaltes in die Vena cava inf. entweicht. Er folgert daraus, dass, sobald die Entleerung des Atriums nach dem rechten Ventrikel hin erschwert sei, die Pulsation der Cava inf. sich verstärken und bis zu den kapillaren Anfängen des in die Cava sich spitzwinklig inserierenden Lebervenensystems fortpflanzen müsse. Unter solchen Umständen können nach Diemer's Annahme fremde Körper, die sich dem Blut im rechten Atrium zugemischt haben, durch den regurgitierenden Blutstrom in die V. cava inf. geschleudert werden und in die Lebervenen gelangen.

Zu der Frage, ob nicht vielleicht inficierende Massen aus der unteren Hohlvene in die Lebervene kommen und dadurch Abscessbildung in dem Parenchym der Drüse hervorrufen, führte zuerst die Beobachtung, dass in der nächsten Nachbarschaft von Leberabscessen Zweige der Art. hepatica ausserordentlich selten, dagegen Lebervenen relativ oft Thromben enthalten. Später hat man bei Sektionen bisweilen miliare Abscesse gefunden, welche unzweifelhaft von den Centren der Acini ausgingen. Damit ist das Vorkommen der „rückläufigen Embolie" zur Evidenz erwiesen.

Von besonderem Interesse ist die Hepatitis suppurativa der heissen Klimate. Nach Hirsch beträgt die Krankheit in den tropisch gelegenen Gegenden Afrikas und Asiens, in Oberägypten und Algier, wo sie endemisch herrscht, bis zu 5% der gesamten Morbidität. Die grösste Zahl der Erkrankungen an Hepatitis fällt gewöhnlich nicht in die heisseste Zeit des Jahres, sondern in diejenige, welche unserem Spätsommer entspricht und durch die grellen Wechsel zwischen noch sehr hoher Tages- und relativ niedriger Nachttemperatur charakterisiert ist. Jedoch giebt es Ausnahmen von dieser Regel: Rouis in Algier und Jimenez in Mexico sahen während der heissesten, Morehead in Indien während der kühleren Monate die meisten Fälle.

Die Krankheit herrscht vorzugsweise unter den dort lebenden Europäern und anderen Fremden,

während die Eingeborenen weit seltener von ihr befallen werden.

Die Ursache für diese Thatsache hat man in Veränderungen gesucht, welche die Leber von Individuen, die aus einem gemässigten in ein heisses Klima übersiedeln, infolge dieses Wechsels der Einflüsse erleiden soll. Diese Annahme klingt nicht unwahrscheinlich, wenn man bedenkt, dass auch bei uns ähnliche Veränderungen der Temperatur zu manchen Infektionskrankheiten Veranlassung geben. Zu Gunsten der Annahme spricht auch die von Rouis gemachte Mitteilung, dass während der Jahre von 1840—1856 die Häufigkeit der Krankheit bei Nordeuropäern 4 mal so gross war, als bei Südeuropäern. Ferner soll nach demselben Autor und anderen die Häufigkeit der Erkrankung mit der Dauer des Aufenthaltes in den Tropen abnehmen.

Die grosse Mehrzahl der ärztlichen Beobachter in den heissen Gegenden ist indessen der Ansicht, dass die Hauptschuld an der Erkrankung der unzweckmässigen Diät beizumessen sei, welche die Europäer in jenen Gegenden führen (Hirsch). Namentlich gilt der Alkoholmissbrauch als ein praedisponierendes Moment. Bekanntlich übt der Alkohol bei chronischem Gebrauch eine eigentümliche Wirkung auf die Leber aus, welche häufig zur Cirrhose der Leber führt. Möglich, dass diese Alteration, welche die Leber durch den Alkohol erfährt, das Organ zu einem locus minoris resistentiae macht und so die Ansiedlung der Infektionserreger begünstigt.

Dass der Alkohol in der Aetiologie eine Rolle spielt, dafür sprechen auch vielleicht die Thatsachen, dass die asiatischen Völkerschaften, denen der Alkohol fast völlig fremd geblieben ist, eine relative Immunität gegen die Krankheit geniessen, und zweitens dass die Frauen viel seltener von der Krankheit befallen werden als die Männer. In den Fällen, welche Rouis beobachtete, kommen nur 3,1 pCt. auf das weibliche Geschlecht und in denen von De Castro nur 4,7 pCt.

Wie bei allen Infektionskrankheiten, so wird auch bei der Hepatitis durch ungünstige hygienische Verhältnisse und körperliche Strapazen die Disposition beträchtlich erhöht. Daher konnte De Castro konstatieren, dass unter den in Aegypten meist schlecht situierten Griechen die Procentzahl der Leberabscesse beinahe noch einmal so gross war, als unter den übrigen Europäern.

Sehr häufig ist in den tropischen Gegenden die Hepatitis suppurativa mit Dysenterie kombiniert. Diese Thatsache hat einige Forscher zu der Annahme geführt, dass die Leberabscese auf embolischem Wege vom Darm aus entständen. Dagegen haben Frerichs und Hirsch mit Recht geltend gemacht, dass sich die Hepatitis auch oft ohne Darmaffektion findet.

Zur Erklärung der idiopathischen Hepatitis, wie sie in den Tropen vorkommt, müssen wir in letzter Linie ein infektiöses Agens annehmen, welches eine Praedilektion für die Leber hat, ähnlich wie sich z. B. der Diplococcus pneumoniae mit Vorliebe in den Lungen lokalisiert. Ohne dieses wäre z. B. nicht verständlich, weshalb der Alkoholmissbrauch nicht auch in den gemässigten Zonen zu der Krankheit führt.

Das Krankheitsbild der suppurativen Hepatitis ist ein sehr vielgestaltiges. Am konstantesten erscheint es in Fällen mit mässig akutem Verlauf. Im Beginn der Krankheit zeigen sich die Symptome einer Hyperämie der Leber, der oft kurze Zeit gastrische Beschwerden vorhergehen. Der Patient empfindet Schmerz in der Lebergegend und öfter auch in der rechten Schulter, die Leber ist vergrössert, zuweilen besteht Icterus, remittierendes Fieber verschiedenen Grades, Zunge ist belegt, nicht selten kommt Erbrechen vor, der Stuhlgang ist meist träge. Mit dem Eintritt der Eiterung stellen sich Fröste ein, auf welche Hitze und meist profuse Schweisse folgen: dies wiederholt sich in regelmässigen Abständen. Gleichzeitig nehmen die Schmerzhaftigkeit und die Vergrösserung der Leber noch zu, es treten Störungen der Respiration ein. Die Kräfte

sinken mehr oder weniger rasch. Nicht selten gesellt sich Peritonitis oder Entzündung der serösen Häute des Thorax hinzu. Ueberschreitet der Abscess die Grenzen der Leber, so treten die von der Läsion der dabei betroffenen Organe abhängigen Erscheinungen auf. Entweder kommt es zur Bildung einer umschriebenen Geschwulst der Bauch- oder Brustwand, die fluktuierend werden und schliesslich aufbrechen kann oder es wird Eiter durch Erbrechen oder mit dem Stuhlgang entleert oder, nachdem die Zeichen einer Pneumonie vorausgegangen sind, ausgehustet, oder es entwickeln sich die Symptome eines rasch wachsenden Exsudates der rechten Pleura oder des Pericardiums oder diejenigen einer diffusen oder einer abgesackten Peritonitis.

Von diesem Bilde zeigt nun die Mehrzahl der Fälle mehr oder weniger beträchtliche Abweichungen.

In chronischen Fällen fehlen oft gänzlich die charakteristischen Symptome. Rouis erzählt einen, wo jedes Zeichen von Kranksein fehlte, bis plötzlich Erscheinungen der Agonie eintraten. Es kommt ferner nicht selten vor, dass die Zufälle derjenigen Krankheit, aus oder neben welcher die Hepatitis sich entwickelt hat, oder die Symptome, welche den konsekutiven Affektionen der Verdauungs- und Respirationsorgane und ihrer serösen Ueberzüge angehören, die von der Leberkrankheit abhängigen Störungen völlig verdecken.

Bei letalem Ausgange erfolgt das Ende meist unter den Erscheinungen der allmählichen Erschöpfung, seltener unter denjenigen der Peritonitis, der exsudativen Pericarditis oder einer anderen hinzukommenden Krankheit.

Tritt mit der Öffnung des Abscesses nach aussen eine günstige Wendung ein, so verliert sich das Fieber, die Entleerung des Eiters wird an Menge allmählich geringer und hört endlich ganz auf und der Patient kommt in der Regel zu vollständiger Genesung.

Was die anatomischen Verhältnisse anlangt, so findet man meistens Abscesse, welche eine annähernd

kugelige Gestalt haben. Wo die Krankheit metastatischen Ursprungs ist, sind deren mehrere oder viele vorhanden, sie sitzen oft vorwiegend an der Oberfläche der Leber: gewöhnlich sind sie haselnuss- bis walnuss gross. Bei der nicht metastatischen Hepatitis ist dagegen meist ein einziger Abscess vorhanden. Die Grösse dieser tropischen Abscesse schwankt zwischen der einer Mannesfaust und eines Kindskopfes, sie kann jedoch noch viel beträchtlicher sein. Rouis beobachtete einen Fall, wo der Abscess die ganze Leber bis auf eine ½ cm dicke Schicht einnahm und 4500 Gramm Eiter enthielt. In den heissen Klimaten wird nach Angabe der meisten Autoren der rechte Lappen der Leber relativ am häufigsten befallen.

Erreicht ein Abscess die Oberfläche der Leber, so entsteht eine cirkumskripte Entzündung ihres serösen Überzuges. Gewöhnlich verwächst infolgedessen diese Stelle der Leberkapsel mit der gegenüberliegenden Bauchwand oder einem benachbarten Eingeweide und wenn dann die Eiterung die Grenze der Leber überschreitet, so kommt es zur Perforation des Abscesses in das adhärente Organ. So kann der Eiter durch die Bauchdeken nach aussen gelangen. Dringt der Abscess durch das Zwerchfell, so ist entweder eitrige Pericarditis die Folge oder es entsteht rechtsseitiger Pyothorax oder, nach Verlötung des Zwerchfells mit der Lungenbasis, ulceröse Pneumonie und Erguss des Eiters in die Bronchien. Unter den Baucheingeweiden sind es am häufigsten das Colon, der Magen und das Duodenum, in welche die Perforation stattfindet.

Nach der Entleerung des Eiters nach aussen heilt der Abscess in der Regel aus. Kleinere Abscesse können auch durch Resorption zur Heilung gelangen. Die Narbe schliesst dann meistens eine käsige oder verkalkte Masse ein.

Von den Symptomen, welche die Abscessbildung in der Leber macht, ist in erster Linie die Vergrösserung des Organs zu nennen. Der Grad derselben hängt hauptsächlich von der Grösse und der Zahl der vor-

handenen Abscesse ab. Ausserdem kann die Hyperämie des Organs mehr oder weniger zu der Volumszunahme beitragen. Andererseits kann bei langsamem Verlauf infolge sekundärer Atrophie des Leberparenchyms jede Vergrösserung fehlen. Andral beobachtete dies sogar bei umfänglichen Abscessen.

Ausnahmsweise erlangt die Leber eine kolossale Ausdehnung. So erzählt Bitchey einen Fall, wo die rechte Thoraxhälfte bis gegen die Lungenspitze hinauf und die rechte Seite des Bauches bis zur Crista ossis ilei hinab gedämpft war. Das Herz kann durch Hinaufdrängung des Zwerchfells nach oben und links verlagert sein. Die unter den Rippen hervorragenden Partieen der Leber zeigen vermehrte Resistenz, erreichen aber niemals eine solche Härte wie bei der interstitiellen Hepatitis. Eiterherde, welche an einem der Palpation zugänglichen Teile der Leber über deren Oberfläche vorspringen, können ein Fluktuationsgefühl darbieten. Abscesse, welche am oberen Teile der konvexen Fläche des rechten Lappens eine Vorwölbung bilden, bedingen, falls sie nicht gerade unter der Kuppel des Zwerchfells versteckt sitzen, eine entsprechende Ausbeugung der sonst geradlinigen oberen Grenze der Leberdämpfung. Bei sehr bedeutender Anschwellung der Leber kommt es bisweilen zu einer Ausdehnung der oberflächlichen Venen in der Oberbauchgegend.

Als ein wichtiges Zeichen für einen in der Tiefe des rechten Lappens sitzenden Entzündungsherd führt Twining die Spannung des rechten Musc. rectus abdominis an. Das konstanteste Lokalsymptom ist der Schmerz in der Lebergegend. Er fehlt am häufigsten bei der pyämischen Hepatitis. Der Schmerz ist meist drückend oder spannend, seltener reissend oder stechend. Mechanische Einwirkungen auf das kranke Organ, wie sie bei der Palpation und Perkussion der Lebergegend, bei Druck auf dieselbe, beim Tiefatmen und Husten, bei Lageveränderungen stattfinden, vermehren den Schmerz, und wo er spontan nicht vorhanden ist, rufen

sie ihn öfters hervor. Der Schmerz kann für die Lage und Haltung des Kranken bestimmend sein. Ist derselbe heftig, so wird anhaltend die Rückenlage eingenommen, der Rumpf leicht nach rechts gebogen, der Schenkel etwas flektiert und der Kopf nach vorn geneigt. (Malcolmsen, Dutroulau, Huet.)

Zu dem Schmerz in der Lebergegend gesellt sich häufig ein solcher in den Schultern. Derselbe wird schon von Hippokrates als Symptom des Leberabscesses erwähnt. Er nimmt in der Regel die Schultergegend ein, verbreitet sich aber manchmal zur Seite des Halses hinauf und in den Arm hinab. Der Schulterschmerz ist zwar kein konstantes Symptom, doch konnte ihn Sachs bei 36 Fällen 25 mal konstatieren. Nichtsdestoweniger ist er oft ein schätzenswertes Symptom. Cloetta, Habershon und Löwer erzählen Fälle, in denen er während des ganzen Verlaufes oder wenigstens längere Zeit hindurch das einzige Zeichen für das Bestehen einer Leberkrankheit war. Was die Qualität des Schmerzes anlangt, so bezeichnen ihn die Kranken bald als Ziehen, Spannen oder Nagen, bald als heftiges Brennen. Schiessen oder Bohren.

Eines der seltneren Symptome ist der Ikterus Derselbe kann auf zweierlei Weise zustande kommen. Einmal kann er auf einer Kompression von Gallengängen durch Eiterherde beruhen und ist dann um so stärker, je grösser die betroffenen Gallengänge sind. Ausserdem scheint er oft unabhängig von Veränderungen in der Leber entstehen zu können. Denn Leyden fand in Fällen, wo die Abscesse pyämischen Ursprungs waren, starke Gelbfärbung der Haut und Konjunktiva und im Harn deutliche Gallenfarbstoffreaktion, während die Leber ganz frei von Ikterus war. Das Fieber zeigt meistens intermittierenden Typus, bei welchem sich die Anfälle, die von Schüttelfrost eingeleitet sind und in profusen Schweiss endigen, täglich zu derselben Zeit einstellen. Die Temperatur erhebt sich dabei meist auf 40° und etwas darüber. Dieser regelmässige Rhythmus pflegt sich jedoch nur da zu

finden, wo die Abscessbildung nicht durch Pyämie hervorgerufen ist.

Der Schlaf ist bei der Krankheit gewöhnlich unruhig, von Träumen begleitet.

Hin und wieder stellen sich Delirien, Somnolenz, Unbesinnlichkeit und dergl. ein. Diese schweren Cerebralerscheinungen können verschiedenen Ursprungs sein. Bisweilen sind sie durch gröbere anatomische Veränderungen, wie Abscessbildungen, im Gehirn bedingt, bisweilen durch allgemeine Schwäche gegen Ende des Lebens, bisweilen durch das Fieber.

Symptome von Seiten des Tractus intestinalis sind meist vorhanden. Zunge ist belegt, nach der Nahrungsaufnahme haben die Kranken das Gefühl von Druck und Auftreibung im Epigastrium, welches manchmal mit Heisshunger, Erbrechen von schleimigen oder galligen Massen, Verstopfung oder Diarrhoe abwechselt. Bei tief im Gewebe der Leber gelegenen Abscessen kann nach Maclean hartnäckiges Erbrechen lange Zeit das einzige hervorstechende Symptom der Erkrankung sein.

Ascites findet sich mitunter als Teilerscheinung eines allgemeinen Hydrops, oder wird, wie man in einigen Fällen beobachtet hat, dadurch bedingt, dass ein an der unteren Fläche der Leber sitzender Abscess die Pfortader komprimiert.

An den Respirationsorganen kann es in mehrfacher Weise zu abnormen Erscheinungen kommen. Bei beträchtlicher Vergrösserung der Leber wird das Zwerchfell in seinen Bewegungen behindert oder es kann eine mehr oder minder hochgradige Kompression der Lungen eintreten. Ausser diesen mechanischen Ursachen bedingt noch der Schmerz in der Lebergegend eine Atmungsbehinderung. Diese Art von Dyspnoe kann sich bei äusserem Druck auf die Lebergegend selbst bis zum Erstickungsgefühl steigern. Zuweilen werden erhebliche Störungen der Respiration auch dadurch herbeigeführt, dass sich eine akute serös fibrinöse Pleuritis entwickelt, und zwar ohne dass eine Perforation eines Abscesses durch das Zwerchfell er-

folgt wäre. In analoger Weise kann sich der entzündliche Process von der Leber aus auf das Pericardium fortpflanzen.

Der Harn bietet in der Regel nichts für die Krankheit Charakteristisches.

Dasselbe gilt von der Milz.

Kommt ein Leberabscess zum Durchbruch nach aussen, so kann das zu verschiedenen Symptomen führen.

Die Perforation durch die äusseren Decken kann an sehr vielen Stellen erfolgen. Am häufigsten geschieht sie naturgemäss im Epigastrium, Hypochondrium oder in der rechten Lendengegend. Ausnahmsweise kriecht die Eiterung zwischen den Schichten der Bauch- oder Brustwand eine grosse Strecke weit fort, um erst in der Achselhöhle, an der Hüfte, in der Leistengegend oder sogar an der inneren Schenkelfläche durchzubrechen. Rouis beschreibt einen Fall, in welchem der Eiter sich zwischen den Blättern des Lig. suspensorium hepatis einen Weg zum Nabel gebahnt und durch diesen nach aussen entleert hat.

Eröffnet sich der Abscess in den Magen, so stellen sich vorher die Symptome der Dyspepsie und das Gefühl von Druck und Völle im Magen ein. Nach erfolgtem Durchbruch wird in der Regel eine grössere Menge Eiters erbrochen, öfters wird derselbe auch mit den Stuhlgängen entleert, selten mit diesem allein. Darauf verlieren sich die von der Geschwulst abhängigen Beschwerden gewöhnlich rasch. In den von Tophoff und Graves beobachteten Fällen trat sofort nach dem Erbrechen an Stelle der früheren Dämpfung über der Geschwulst ein heller tympanitischer Perkussionsschall.

Die Perforation ins Colon kündigt sich durch einen plötzlichen lebhaften Schmerz im Bauche an. Ein Patient von v. Franque hatte das Gefühl, als sei etwas im Leibe geplatzt. Im Stuhlgang erscheint nachher reichlicher Eiter.

Ganz ähnliche Erscheinungen macht der Durch-

bruch ins Duodenum. Nur tritt hierbei noch häufig Eitererbrechen auf.

Bricht der Abscess in die Bronchien durch, so findet man bei der Perkussion des Thorax zunächst Dämpfung über den unteren Lungenpartien, das Atemgeräusch ist knisternd oder bronchial. Ausserdem besteht Atemnot und Husten. Die Hustenanfälle werden immer häufiger, bis plötzlich stromweise Eiter entleert wird. Die Menge des Eiters kann sehr beträchtlich sein. Bei einem Kranken von Herton betrug sie binnen 6 Stunden ein Nachtgeschirr voll. Beachtenswert ist die hellziegelrote Farbe des Eiters. Heinemann und Budd begründeten in mehreren Fällen auf die Farbe der expektorierten Massen die Diagnose eines bis dahin nicht erkannten Leberabscesses. Oftmals ist dem Auswurf Galle beigemischt, manchmal wird auch reine Galle expektoriert. So erzählt Rouis einen Fall, wo in 2 Tagen 900 g Galle ausgehustet wurden.

Ergiesst sich der Eiter ins Pericardium, so sind Schmerzen in der Herzgegend, Unregelmässigkeit der Herzaktion, Palpitation, Beklommenheit, Angst und Erstickungsgefühl die Folge. Die physikalischen Zeichen sind die einer Pericarditis exsudativa. Graves hörte in einem Fall Metallklang in Begleituug der Herztöne.

Durchbruch des Abscesses in die Bauchhöhle zieht die Symptome einer diffusen oder, wenn der Austritt des Eiters langsam erfolgt oder sich vorher genügende Adhäsionen gebildet haben, einer abgesackten Peritonitis nach sich. Haspel berichtet von einem Kranken, bei welchem sich ein abgesackter Eiterherd von der Leber bis zum Leistenkanal erstreckte und der in letzteren ergossene Eiter eine bis ins Skrotum hinabreichende Geschwulst bildete. Aehnliche Verhältnisse bot ein Fall von Kallies, dessen Kranker auf einen Einstich ins Skrotum eine grosse Menge Eiter entleerte und genas.

Die Diagnose eines Leberabscesses ist fast ausnahmslos in allen Fällen möglich. Seine Zeichen, als

Schüttelfröste, tastbare oder perkutierbare Prominenzen an der Leber, Fluktuation sind in der Regel nachweisbar. Differentialdiagnostisch kommen namentlich Echinococcussäcke in Betracht. Solange dieselben unverändert sind, wird man sie zwar kaum mit Abscessen verwechseln, weil ihre Entwicklung weit langsamer, meist schmerzlos und ohne nachteiligen Einfluss auf die Ernährung des Körpers erfolgt. Eine vereiterte Echinococcusblase dagegen kann dieselben Erscheinungen machen, wie ein hepatitischer Abscess, so dass nur die Kenntnis der vorausgegangenen Erscheinungen einen Anhalt für die Unterscheidung zu gewähren vermag.

Ferner kann eine Ektasie der Gallenblase durch eine schmerzhafte fluktuierende Geschwulst und durch Fieber mit Schüttelfrösten mit einem in der Nachbarschaft der Gallenblase sitzenden Abscesse Aehnlichkeit haben. Doch während der Abscess eine flache gewölbte, breit aufsitzende Prominenz bildet, zeigt eine Ektasie der Gallenblase eine birnförmige oder halbkugelige Gestalt. Auch fehlt bei der Gallenblasengeschwulst das teigige Gefühl, welches man über Leberabscessen gewöhnlich wahrnimmt.

Das Auftreten von Schüttelfrösten neben anderen auf die Leber hinweisenden Symptomen ist zwar ein sehr wichtiges Symptom für die Diagnose des Leberabscesses. Doch kann dasselbe auch zu Verwechslungen Anlass geben. Die Reizung der Gallengänge durch Konkremente veranlasst mitunter Fieberanfälle, die mit Schüttelfrost beginnen und sich in unregelmässigen Intervallen wiederholen. Dabei können Schmerzen in der Lebergegend und selbst Schulterschmerzen vorhanden sein, sodass ein Krankheitsbild entsteht, welches demjenigen einer Hepatitis abscedens sehr ähnlich ist. Indessen ist hierbei der Umfang der Leber meist normal und wo er infolge von Gallenstauung vergrössert ist, besteht ein so intensiver Ikterus, wie er mit der Bildung eines Leberabscesses nur äusserst selten einhergeht.

In seltenen Fällen können Abscesse, die sich in unmittelbarer Nähe der Leber entwickeln, zu der Diagnose eines Leberabscesses verleiten. So war in einem nachher näher zu beschreibenden Falle von Sonnenburg ein fluktuierender Tumor für einen Leberabscess gehalten worden, welcher sich nachher bei der Operation als subphrenischer von einer kariösen Rippe ausgehender Abscess herausstellte.

Endlich kann es schwierig sein zu entscheiden, wodurch eine abnorme Dämpfung in den unteren Partien des Thorax verursacht wird. Daher bemerkt Heinemann zur Diagnostik des Leberabscesses: „Sehr vorsichtig muss bei Affektionen des unteren Lappens der rechten Lunge erwogen werden, ob nicht ein Leberabscess vorliege."

In prognostischer Beziehung ist zu sagen, dass eine Heilung in der Regel nur erfolgt, wenn der Eiter nach aussen entleert wird. Von den spontanen Durchbrüchen eines Abscesses ist der durch die Bronchien der günstigste, nächstdem kommt der durch den Magendarmkanal und in dritter Linie der durch die äusseren Decken. Nach Rouis' Statistik kamen auf 30 Kranke mit Durchbruch des Abscesses in die Luftwege 15, von 14 mit Eröffnung desselben in den Magen oder Darm 7, nach de Castro kamen von 25 Kranken der ersteren Art 19, von 17 der letzteren 11 zur Genesung.

Ist die Perforation erfolgt, so kommt es in der Regel sehr rasch zu vollendeter Heilung. Ein Patient von de Castro genas in 12 Tagen, ein zweiter in 15 und ein dritter in 17 Tagen. In dem von Tophoff beschriebenen Falle wurde der Kranke am 19. Tage nach der Perforation in den Magen als geheilt entlassen. Die gewöhnliche Heilungsdauer beträgt 1—2 Monate. Ausnahmsweise aber hört die Eiterung auch nach Jahren noch nicht auf. Nach Martenet musste sich ein Soldat in Algier alle 2—3 Monat punktieren lassen. Nach der Punktion schloss sich die Oeffnung immer wieder in einigen Tagen.

Kleinere Leberabscese können auch resorbiert werden und vernarben. Dutroulau, Haspel, Budd haben bei Nekropsien Narben in der Leber gesehen, wie sie die nach der Entleerung ihres Inhaltes geheilten Abscesse zurücklassen.

Therapeutisch ist, sobald ein Leberabscess diagnosticiert ist, ein operativer Eingriff indiciert. Dies galt sogar in der vorantiseptischen Zeit. Denn erfahrungsgemäss heilt ein einigermassen umfänglicher Abscess nur, wenn er den Eiter nach aussen entleert. Ueberlässt man den Abscess sich selbst, so besteht die Gefahr, dass der Eiter seinen Weg in einer unzweckmässigen Richtung nimmt. In der vorantiseptischen Zeit, wo die Eröffnung des Bauchfells an sich ein sehr gefährlicher Eingriff war, musste man den günstigen Zeitpunkt abwarten, wo zwischen dem visceralen und parietalen Blatt des Peritoneums genügende Adhäsionen bestanden. Heute hat glücklicherweise die Laparotomie soviel an Gefährlichkeit verloren, dass man sie auch vorher, ja selbst zu diagnostischen Explorationen wagen darf.

Zu den zahlreichen in der Litteratur beschriebenen Fällen von Leberabscess bin ich durch die Güte des Herrn Prof. Sonnenburg in der Lage, zwei hinzufügen zu können, welche beide durch eine Operation einen glücklichen Ausgang nahmen.

In dem einen Fall handelte es sich um eine 62 Jahre alte verheiratete Patientin. Von hereditärer Belastung ist nichts nachzuweisen. Als Kind und junges Mädchen will sie immer gesund gewesen sein. Seit ihrer Verheiratung, welche im 26. Lebensjahre erfolgte, ist sie angeblich magenleidend. Namentlich nach dem Genuss schwerverdaulicher Speisen treten heftige Schmerzen in der Herzgrube, besonders ein sehr quälendes Drücken auf, die Schmerzen strahlten nach Brust und Rücken aus. Ikterus und entfärbte Faeces will sie nie gehabt haben. Patientin hat 8 lebende Kinder geboren, im Alter von 38 und 40 Jahren hat

sie 2 Aborte durchgemacht, die letzte Frucht war 4 Monate alt.

Nachdem Pat. vor 14 Tagen einen schweren Eimer Wasser herabgehoben, bemerkte sie ein schmerzhaftes Ziehen in der rechten Seite des Unterleibes. Sie konnte jedoch noch ihre Arbeit verrichten, bis sie vor 3 Tagen einen heftigen Schüttelfrost bekam und das Bett aufsuchte. Die Schmerzen wurden heftiger, Pat. fühlte sich sehr matt. Der Stuhlgang blieb aus.

Der Status praesens ist folgender: Auf der rechten Seite des Abdomens ist ein etwa kindskopfgrosser Tumor durch die Bauchdecken zu fühlen, dessen Verschiebung mit den Atembewegungen durch die Bauchdecken hindurch sichtbar wird. Der Perkussionsschall über demselben ist gedämpft tympanitisch. Palpation ist schmerzhaft. Die in der Chloroformnarkose vorgenommene Untersuchung ergiebt, dass der Tumor, über den sich der rechte M. rectus abdominis auffallend straff hinwegspannt, nach den Seiten hin nicht deutlich abzugrenzen ist. Dagegen ist bei Druck in die rechte Fossa ilicaca keine Resistenz zu fühlen, ebensowenig gegen die Niere hin. Die Nierendämpfung ist rechts nicht grösser als links. Die obere Grenze der Leberdämpfung findet sich in der Mammillarlinie an der 7. Rippe, nach abwärts geht die Dämpfung über in den gedämpft tympanitischen Schall über der Geschwulst. Die Probepunktion ergiebt eine dickliche, gelbe Flüssigkeit, welche fest am Glase haftet. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigen sich Eiterkörperchen, welche schon teilweise in der Fettmetamorphose begriffen sind, ausserdem reichliche Fibringerinnsel. Im Urin findet sich Albumen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt einzelne hyaline und granulierte Cylinder, sowie zahlreiche Blasenepithelien. Der Fieberverlauf ist unregelmässig remittierend, Fiebererhebungen bis 39°.

Nach 5 Tagen wird Pat. operiert, es wird die Laparotomie am lateralen Rande des rechten M. rectus abdominis gemacht. Es liegt vor der untere

Teil des rechten Leberlappens, welcher stark nach abwärts gedrängt ist und mit dem parietalen Blatt des Peritoneums leicht verklebt ist. Darauf wird der Wundrand durch Katgutnähte mit der Leber zur Erzielung von Adhäsionen vereinigt.

3 Tage darauf wird, nachdem genügende Verwachsungen eingetreten sind, zur Eröffnung des Abscesses geschritten und zwar der geringen Schmerzhaftigkeit des Lebergewebes wegen ohne Chloroformnarkose. Es wird mit dem Paquelin'schen Thermokauter eine etwa 2—3 cm tiefe Oeffnung in die Lebersubstanz angelegt, aus welcher sich zuerst eine wässerige, gallige Flüssigkeit ergiesst. Dieser folgt aber sogleich eine reichliche Menge von Eiter nach. Mit der Sonde gelangt man in eine grössere Höhle, welche sich etwa 10 cm in die Tiefe erstreckt. Gallensteine oder derartige Konkremente lassen sich nicht nachweisen.

Nach einigen Tagen stösst man bei der Sondenuntersuchung auf einen rauhen Widerstand und weil der Stein sich nicht mit der Kornzange aus dem ihn fest umschliessenden Gewebe herausholen lässt, wird die Wunde mit dem Paquelin noch etwas erweitert und der sehr morsche Stein gelöst und extrahiert. Darauf schliesst sich die Wunde allmählich bis auf eine Galle secernierenden Fistel und die Pat. wird nach 7 monatlichem Aufenthalt im Krankenhause zur poliklinischen Behandlung entlassen.

Wie schon oben angedeutet wurde, müssen wir der Bildung der Konkremente innerhalb des Lebergewebes in diesem Falle eine ätiologische Bedeutung beimessen.

Der zweite Fall betraf eine 41 Jahre alte Frau. Als Kind hat sie Masern, Scharlach, Diphtheritis und Spitzpocken, im 18. Lebensjahr Pneumonie überstanden. Sie machte 5 Geburten und 1 Abort durch, welch letzterer vor 8 Jahren stattfand. Vor 3 Jahren erkrankte sie mit Schmerzen, die von der Leber nach beiden Schultern hin ausstrahlten. Das Leiden war

damals vom Arzt als Leberleiden bezeichnet worden, nach 13 Wochen sei sie durch Kreosot geheilt worden. Vor 2 Jahren erkrankte sie an Magenbeschwerden. Jetzt fühlt sie sich seit 3 Wochen etwas angegriffen, vor 8 Tagen hatte sie eine heftige uterine Blutung, wie sie schon seit 3 —4 Jahren unregelmässige Menstruationen gehabt haben will. Seit 2 Tagen bestehen heftige Leibschmerzen, der Bauch wird aufgetrieben. Letzter Stuhl vor 12 Tagen.

Status praesens: Patientin ist sehr elend, Puls sehr klein und frequent. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt nichts Abnormes. Im Urin findet sich massiges Ziegelsediment, kein Eiweiss. Sensorium frei. Der gynaekologische Befund ergiebt keine Anhaltspunkte für einen Zusammenhang ihres Leidens mit den innern Genitalien. Temperatur 36,5°.

Das Abdomen ist stark aufgetrieben, rechts mehr als links, es ist überall druckempfindlich, jedoch rechts viel mehr als links. Die Perkussion ergiebt eine Verbreiterung der Leberdämpfung in der Parasternallinie bis 2 Querfinger unterhalb des rechten Rippenbogens, von dort fällt die Dämpfung in schräger Linie fast bis zur Spina ossis ilei anter. sup. ab, ohne sie jedoch zu erreichen.

Hinten reicht rechts die Dämpfung bis zur 9. Rippe, links bis zur 11. Sonst ist der Perkussionsschall über dem Abdomen ein tympanitischer. Bei bimanueller Untersuchung fühlt man an der gedämpften Zone in der rechten Unterbauchgegend einen Tumor, welcher fluktuiert und mit der Leber in Verbindung zu stehen scheint.

In Narkose wird nach mehreren ergebnislosen Probepunktionen im Bereich der Dämpfung der Flankenschnitt nach von Bergmann bis aufs Peritoneum gemacht. Nach exakter Blutstillung wird von der Wunde aus extraperitoneal die rechte Niere und die Ileocoecalgegend abgetastet und hierbei vorn zwischen Rippenbogen und Spina iliac. ant. sup. ein Tumor von harter Konsistenz gefühlt, der probepunktiert keinen Eiter

ergiebt. Eröffnung des Peritoneums. Die Därme sind stark verwachsen, in der Wunde erscheint der stark nach abwärts gedrängte rechte Leberrand. Das Gewebe der Leber sieht normal aus. Beim Abtasten der obern Fläche der Leber gelangt man bis an das ziemlich hoch stehende Zwerchfell, wobei sich etwas mit Blut vermischter Eiter entleert. Als von hier aus die Hand nach hinten und unten zur rechten Niere geführt wird, ergiessen sich ca. 160 ccm geruchlosen Eiters. Nunmehr wird der obere Rand dieser Abscesshöhle aufgesucht und auf diese Stelle von aussen her eine Gegenöffnung angelegt; von der ursprünglichen Operationswunde aus wird ein Drain durch dieselbe geführt. Tamponade der peritonealen wie der extraperitonealen Wundhöhle durch je einen Jodoformgazestreifen.

Nachdem hierauf die Wundheilung ohne erhebliche Besonderheiten verlaufen ist, wird nach ungefähr 2 Monaten die im Bereiche der Wunde liegende kariöse Rippe reseciert.

Nach etwas mehr als 1 Monat wird beim Verbandwechsel, der wegen steigenden Fiebers vorgenommen wird, im verheilten unteren Winkel des ersten grossen Operationsschnittes Fluktuation wahrgenommen, die Punktion ergiebt dort Eiter. Der Abscess wird auf der Hohlsonde gespalten, es entleeren sich mässige Eitermengen. Der Finger findet beim Abtasten der Abscesshöhle einen etwa bleistiftdicken Kanal im Grunde desselben, in diesem fühlt man Steine. 7 derselben werden mit der Langenbeck'schen Curette extrahiert.

Beim Verbandwechsel am folgenden Tage werden weitere 12 Gallensteine entfernt, worauf keine mehr zu fühlen sind. Der Finger gelangt hierbei durch den beschriebenen Kanal in eine zweite nach hinten und oben gelegene etwa taubeneigrosse Höhle mit nach vorn abtastbarer glatter Wandung. Tamponade und Verband.

Das Gesamtgewicht der 19 entfernten Steine be-

trägt 21,5 g, sie sind meist polyedrisch, einige aber auch spitz-dreikantig facettiert.

Seit Eröffnung des Leberabscesses ist Patientin entfiebert. Der Puls ist gut, Urin eiweissfrei. Die Wundhöhle verkleinert sich schnell. Am 10. Tage nach der letzten Operation steht die Patientin auf und wird nach 4 Wochen mit einer kleinen Fistel von der Länge eines Fingergliedes als geheilt zur poliklinischen Behandlung entlassen.

Fragen wir nach der Entstehungsweise des Leberabscesses in diesem zweiten Falle, so ist zu sagen, dass derselbe von einem Empyem der Gallenblase ausgegangen ist. Diese kommunicierte durch den besagten bleistiftdicken Kanal mit der ursprünglich eröffneten Abscesshöhle. Ausserdem zeigten die in dem Kanal sitzenden Steine alle charakteristischen Eigenschaften der Gallenblasensteine. Daher unterliegt es keinem Zweifel, dass ein Durchbruch von der Gallenblase aus nach der Leber hin stattgefunden hatte.

Diese beiden Fälle lehren im übrigen wieder in ausgezeichneter Weise, wie glänzende Erfolge bei unserer Krankheit die operative Behandlung zu erzielen imstande ist. Obwohl die eine der beiden Patientinnen bereits in hohem Alterstand, bei der anderen aber eine bedeutende Schwäche, namentlich eine hochgradige Debilitas cordis vorhanden war, überstanden doch beide den anscheinend so sehr bedeutenden Eingriff und erlangten ihre Gesundheit wieder.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Zeller für die Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Prof. Dr. Sonnenburg für die gütige Ueberlassung des Materials meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Hippokrates, Aphor. VII. 44.
Bonet, Sepulchretum, lib. III.
Morgagni, de sedibus et causis morborum.
Borius, Gaz. des hôp. 1866.
Broussais, Recueil des mémoires de Méd., Chir. et Pharm. militaires. 1. Série. Paris 1843.
Davaine, Traité des Entozoaires.
Weiss, Wiener med. Presse 1865.
Cruveilhier, Anat. pathol. du corps humain, livr. XI.
Bückling, 36 Fälle v. Leberabscess, Berlin 1868.
Dance, Arch. génér. T. XIX.
Cohn, Klinik d. embol. Gefässkrankheiten, IV.
Virchow, s. Arch. Bd. I. — Ders., gesammelte Abhandl.
R. Meyer, Berl. klin. Wochenschr. 1868. Nr. 42 u. 43.
Stromeyer, Handbuch d. Chirurgie.
Bianchi, hist. hépat.
Curschmann, Deutsche Klinik 1874.
H. Meckel, Annalen des Charité-Krankenhauses, Bd. IV.
Gaspard, Journ. de Phys. expérim. I.
Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten, Bd. II.
L. Diemer, über die Puls. d. Vena cava inf. in ihrer Beziehung zu pathol. Zuständen der Leber, Bonn 1876.
Hirsch, Handbuch der histor.-geograph. Path. Bd. II.
Rouis, Recherches sur les suppurations endémiques du foie, Paris 1860.

Morehead, Clin. researches on diseases of India. London 1856.
de Castro, Des abscès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurg. Paris 1870.
Andral, Clinique médic.
Bitchey, Philadelphia med. and surg. Reporter. March 1871.
Twining, Clinical illustrations of the most important diseases of Bengal. Culcutta 1835.
Malcolmson, Medico-chirurg. Transactions, vol. 21. 1838.
Dutroulau, Mém. de l'académ. imp. de méd. T. 29.
Huet. Nederl. Tydschr. voor Geneesk, 1867.
Sachs, über d. Hepatitis der heissen Länder (Arch. für Klin. Chir. Bd. XIX, Berlin 1876.
Cloetta, Schweizer. Zeitschr. für Heilkunde, Bd. II.
Löwer, Berl. klin. Wochenschr. 1864.
Leyden, Beiträge zur Pathol. des Icterus, Berlin 1866.
Maclean, Brit. med. Journ. Aug. 1874.
Tophoff, über Leberabscess. Halle 1874.
v. Franque, Memorabil. XI. 1, 1866.
Heaton, Brit. med. Journ. July 3. 1869.
Heinemann, Virch. Arch., Bd. LVIII.
Budd, On diseases of the liver.
Haspel, maladies de l'Algérie, Paris 1852.
Kallies, med. Zeit. Russl. 1845. No. 6 u. 7.

Thesen.

I.

Die Aethernarkose verdient vor der Chloroformnarkose den Vorzug.

II.

Die Excision eines Ulcus durum verspricht wenig Erfolg.

III.

Aneurysmen der Extremitäten werden am besten exstirpiert.

Lebenslauf.

Verfasser, Anton Hengesbach, katholischer Konfession, Sohn des Gutsbesitzers Johann Hengesbach und dessen verstorbenen Ehefrau Elisabeth, geb. Kran, wurde am 7. März 1869 zu Bremke in Westfalen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königlichen Gymnasium zu Paderborn. Dieses verliess er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife, um sich zunächst an der Universität Würzburg dem Studium der Philosophie und Theologie zu widmen. Ostern 1890 ging er zum Studium der Medicin über und war von der Zeit bis Ostern 1892 bei der medicinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn inskribiert. Nachdem er darauf zwei Semester in Marburg und ein Semester in Leipzig studiert hatte, wandte er sich im Herbst 1893 nach Berlin. Die ärztliche Vorprüfung bestand Verfasser in Bonn Ostern 1892, das Examen rigorosum in Berlin am 27. Februar 1894.

Seine Lehrer waren:

In Bonn: Hertz, Kekulé, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Schaaffhausen, Schiefferdecker, Strasburger, Freiherr von la Valette St. George.

In Marburg: Ahlfeld, von Büngner, Küster, Mannkopff, Marchand, Meyer.

In Leipzig: Curschmann, Küster, Ludwig, Thiersch, Zweifel.

In Berlin: Kroenig, Schweigger, Schweninger, Sonnenburg.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.